

本研究中,中药组给予加味痛泻要方治疗,方中炒白术除湿益燥、和中益气,可去脾胃中湿、除胃热、强脾胃;炒白芍健脾和胃、缓急止痛;炒陈皮理气健脾、调中燥湿;炒防风祛风解表、胜湿止痛;麦芽行气消食、健脾开胃;山药补脾养胃、生津益肺、补肾涩精;谷芽消食化积、健脾开胃;红花活血通经、去瘀止痛;绿萼梅舒肝、和胃、理气;白花蛇舌草清热解毒、消痈散结;炙甘草益气滋阴,通阳复脉:诸药合用,共奏疏肝解郁、健脾渗湿等功效^[9]。现代药理研究表明^[10],炒白术、炒防风具有增加小肠蠕动的作用;而炒白芍、炒陈皮则有一定的抑制作用,四药合用可起到调节肠管蠕动的作用。白花蛇舌草能有效增强白细胞吞噬功能及提高血清杀菌作用,有利于增强肾上腺皮质功能,且能有效调节肠管的异常功能状态;红花具有增强免疫能力的作用,红花中主要成分多糖能有效促进淋巴细胞转化^[11]。本研究中,中药组的总有效率为 95.35%,显著高于西药组的 79.07%,说明通过这些药物的共同作用,能有效改善、调节患者的

胃肠动力异常、内分泌异常、免疫异常及神经异常等状态,因此能取得良好的治疗效果。综上所述,加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征能有效改善患者的临床症状,疗效显著,值得临床推广应用。

参考文献

[1]郝忠和,闫俊生,郭建东.加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征 80 例临床观察[J].内蒙古中医药,2014,33(1):4-5
 [2]李爱丽.加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征 108 例临床观察[J].湖南中医杂志,2014,30(6):9-10
 [3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002.169-171
 [4]徐学驹.加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征临床疗效观察[J].亚太传统医药,2014,10(20):102-103
 [5]徐焕成,廖丽玲,陈建繁.加味痛泻要方治疗腹泻型肠易激综合征 43 例疗效分析[J].现代医院,2012,12(S1):20-21
 [6]彭懿.加味痛泻要方合黄连素治疗腹泻型肠易激综合征的临床观察[J].中医药导报,2010,16(12):30-32
 [7]苏国彬,刘文华,陈海滨,等.以痛泻要方为基本方治疗肠易激综合征随机对照试验的系统评价[J].广州中医药大学学报,2009,26(2):113-119

(收稿日期: 2015-05-08)

无张力补片修补法治疗疝气的随机对照研究

黄发新

(江西省丰城市董家中心卫生院 丰城 331133)

摘要:目的:探讨无张力补片修补法治疗疝气的临床效果。方法:按照实际手术方式将我院收治的 96 例疝气患者分为实验组(无张力补片修补法)56 例和对照组(传统修补术)40 例,分别行无张力补片修补法和传统修补术治疗,比较两组患者的术后下床时间、术后住院时间、手术费用以及术后复发率。结果:实验组患者术后下床时间、术后住院时间和手术费用均明显优于对照组,差异有显著性, $P < 0.05$;实验组患者术后复发 1 例(1.79%),对照组患者术后复发 6 例(15.00%),两组术后复发率比较,差异有显著性, $P < 0.05$ 。结论:无张力补片修补法治疗疝气手术费用低、术后恢复快、复发率低,是治疗疝气的优选术式。

关键词: 疝气;无张力补片修补法;传统修补术;临床效果

中图分类号:R656.21

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.10.042

疝气的临床发病率较高,发病人群主要集中于老年人,手术是治疗该病的主要手段。无张力补片修补法具有创伤小、复发率低、术后恢复迅速等优势,较传统手术更受临床医师和患者的青睐^[1]。本文对我院应用无张力补片修补法和传统修补术治疗疝气的临床效果进行了对照研究。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2011 年 1 月~2015 年 1 月我院收治的 96 例疝气患者的临床资料。所有患者均行腹股沟疝修补术治疗,排除绞窄疝、嵌顿疝等急诊手术患者、伴有其他感染的患者、长期使用免疫抑制剂或糖皮质激素治疗者以及有凝血功能障碍者。按照实际手术方式将 96 例患者分为实验组(无张力补片修补法)56 例和对照组(传统修补术)40 例。实验

组男 36 例,女 20 例;年龄 23~84 岁,平均年龄(51.97± 8.58)岁;病程 1 个月~20 年,平均病程(4.17± 1.32)年;其中单侧疝 38 例,双侧疝 18 例;直疝 21 例,斜疝 35 例。对照组男 27 例,女 13 例;年龄 24~84 岁,平均年龄(52.36± 8.67)岁;病程 1 个月~20 年,平均病程(4.18± 1.29)年;其中单侧疝 28 例,双侧疝 12 例;直疝 14 例,斜疝 26 例。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 方法 实验组患者术前无需禁食和留置导尿管,给予 1%利多卡因局麻后切开腹股沟区和外环区,缓慢游离腹外斜肌腱膜下间隙,充分显露联合腱和腹股沟韧带,将精索游离,切开提睾肌,轻柔提起疝囊并向疝囊根部游离,充分显露腹膜外后还纳疝

囊。找到腹壁下动脉,明确患者疝气类型后进行直疝或斜疝手术治疗^[2]。对照组患者术前需禁食,给予 2%利多卡因硬膜外阻滞麻醉后插入导尿管,然后实施传统修补术,术后 6 h 内给予流质食物。

1.3 观察指标 记录两组患者的下床时间、术后住院时间和手术费用,比较两组术后复发情况。

1.4 统计学分析 采用 SPSS19.0 统计学软件统计和分析数据,分别以 $(\bar{x} \pm s)$ 和百分率表示计量结果和计数结果,并分别采用 t 检验和 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术和恢复情况对比 实验组患者术后下床时间、术后住院时间和手术费用均明显优于对照组,两组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者手术和恢复情况对比 $(\bar{x} \pm s)$

分组	n	术后下床时间(h)	术后住院时间(d)	手术费用(元)
实验组	56	30.02± 3.37*	2.69± 1.12*	2 012.64± 306.12*
对照组	40	42.11± 3.97	3.41± 1.43	3 122.46± 421.17

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组术后复发情况对比 实验组患者术后复发 1 例 (1.79%), 对照组患者术后复发 6 例 (15.00%), 两组术后复发率比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

疝气在临床上较为常见,腹壁肌肉强度降低和腹内压力增高是引发该病的主要原因,多发于老年人。手术是治疗疝气的主要临床手段,传统的修补术由于术中张力较大,会导致术后并发症发生率和

复发率较高^[3]。无张力补片修补法由美国人发明,该术式手术过程中能够不破坏正常解剖结构,缝合时也是无张力缝合,有效提高了腹股沟疝修补术的手术效果和安全性^[4]。我国是在近几年引入该术式的,无张力补片修补法术前无需禁食和插导尿管,减少了手术步骤和患者的不适,术中麻醉也仅为局部麻醉,降低了麻醉药物对机体的刺激,较传统术式术前需留置导尿管和禁食更受患者青睐。另外,大量临床实践表明,无张力补片修补法具有操作简单、对机体组织解剖结构损伤小、腹壁牵拉疼痛感小和术后早期即可下床活动等临床优势,尤其适用于老年患者^[5]。本研究结果显示,实验组患者术后下床时间、术后住院时间和手术费用均明显优于对照组,术后复发率也明显低于对照组。表明该术式在缩短术后恢复时间和降低术后复发率方面有显著的临床优势。总之,无张力补片修补法治疗疝气手术费用低、术后恢复快、复发率低,是治疗疝气的优选术式。

参考文献

- [1]潘新玉.疝气患者无张力补片修补法治疗效果观察[J].中国卫生产业,2013,10(28):4-5
- [2]徐科伟.无张力补片修补治疗腹股沟嵌顿疝的临床观察[J].浙江创伤外科,2012,17(6):723-725
- [3]Hope WW.Commentary on "Medium-Term Recurrence and Quality of Life Assessment Using the Hernia-Specific Carolinas Comfort Scale Following Laparoscopic Inguinal Hernia Repair": Asking the Right Questions-Evaluating Outcomes in Hernia Repair [J].J Laparoendosc Adv Surg Tech A,2015,25(6):481
- [4]向晓勇,李油山.平片无张力疝修补法治疗斜疝 30 例临床分析[J].中外医疗,2013,32(29):70-71
- [5]华阳.无张力疝修补术治疗疝气的效果观察 [J]. 中外医学研究, 2015,13(11):31-33

(收稿日期: 2015-06-18)

(上接第 43 页)的主要临床表现,同时还可伴有心慌气短、倦怠无力等症状。

在中医学中,冠心病心绞痛属“胸痹、心痛”范畴,其病机虚实兼具,实为寒凝气滞、痰阻血瘀,痹遏胸阳、阻滞心脉,虚为心肺气虚、胸阳不振,且以心脉瘀阻型最为多见,临床治疗以活血化瘀、行气止痛为主,宜采用祛痰逐瘀、温阳宣痹、行气止痛之法^[1]。活血定痛汤由瓜蒌皮、延胡索、白芍、赤芍、熟地黄、檀香、柴胡、党参、桂枝、炙甘草、薤白、红花、川芎、桃仁等组成,其中甘草、白芍可缓急止痛;柴胡、延胡索、檀香可活血、止痛、行气;桃仁、红花、赤芍、川芎具有活血化瘀之功效;桂枝能温阳通脉;薤白能辛温通阳、豁痰宣痹^[2];诸药合用,共奏行气旺血、驱寒通络、消痰逐瘀之功效。本研究结果显示,治疗组患者的显效率、总有效率分别为 86.36%、96.97%,均显著

高于对照组的 69.70%、81.82%, $P < 0.05$, 且两组均未见明显不良反应,这一结果与周小青等^[3]文献报道相符。表明临床采用常规西药联合活血定痛汤治疗心脉瘀阻型冠心病心绞痛,能有效提高临床疗效,且无毒副作用,值得临床推广使用。

参考文献

- [1]高喜.中西医结合治疗冠心病的临床效果[J].中国实用医药,2014,9(5):18-19
- [2]何子明.从痰论治冠心病 45 例疗效分析[J].实用中西医结合临床, 2010,10(3):12-13
- [3]田松,赵莉娟,梁晓威,等.冠心病患者的证素辨证与中医体质的关系初探[J].光明中医,2011,26(7):1308-1310
- [4]陆振钧,司晓晨.冠心病他汀类药物治疗与中医的相关性[J].光明中医,2010,25(5):838-839
- [5]周小青,梁昊,孙翔,等.冠心病中医血瘀证型与冠状动脉造影结果相关性的 Meta 分析[J].中国循证医学杂志,2012,12(12):1470-1477

(收稿日期: 2015-05-06)